

# SUBJEKT IN OBJEKT V ODNOSU MED MEDICINSKO SESTRO IN BOLNIKOM

## SUBJECT AND OBJECT IN THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSE AND PATIENT

*Ema Ščavničar*

UDK/UDC 614.52:616-083

DESKRIPTORJI: *medicinska sestra-bolnik odnosi*

DESCRIPTORS: *nurse-patient relations*

*Izvleček – V članku je predstavljeno razmišljanje o odnosu med bolnikom/varovancem in med medicinsko sestro. Avtorica poudarja vlogo subjekta pri obeh partnerjih. Daje velik pomen zdravstveni negi, ki temelji na konceptualnem okviru, v katerem je bolnik center in medicinska sestra pri njem vsposodbuja aktivno vlogo glede na njegove sposobnosti. V zaključku omenja supervizijo kot pomoč medicinski sestri in poudarja potrebo po stalni refleksiji dela in odnosa.*

*Abstract – The article presents the relationship between patient/client and nurse. The author stresses the role of a subject of both partners and stresses the importance of nursing care in conceptual frame within which patient occupies the centre, while nurse supports his active role within his capacities. The importance of supervision is also stressed which can be of great help to the nurse, as well as routine reflection upon work and relationship.*

### *Uvod*

Zahteva po obravnavanju človeka kot subjekta se ni pojavila najprej na področju zdravstvene nege, ampak je le-ta to zahtevo sprejela. Sprejela jo je v obravnavi varovanca/bolnika (b/v) in jo je celo poglobila s poudarkom, da se človekova narava odraža v treh ali celo štirih vidikih: fizičnem, psihičnem, socialnem in duhovnem. Iz tega izhajajo potrebe b/v, ki so povezane z izvajanjem posameznih življenjskih aktivnosti. Nezadovoljene ali nepravilno zadovoljene potrebe pri b/v so negovalni problemi, ki jih medicinska sestra obravnava celovito v procesu zdravstvene nege kot sprejeti metodi dela.

Poleg tega je pomembno to, da medicinska sestra obravnava b/v kot subjekt, kar je možno edino v tem primeru, če se ona sama počuti kot subjekt.

Največkrat pa le ni dovolj zgolj njena želja, da bi se počutila kot subjekt, ker manjkajo še drugi pogoji, ki so odvisni od okoliščin, v katerih deluje.

Ali medicinski sestri sedanja organizacija in delovanje v sklopu organizacijske strukture dopuščata, da se lahko počuti kot subjekt in da se počuti svobodno?

Ali je to le njena težko uresničljiva želja, se neugodno počuti in je nezadovoljna zato, ker ta njena potreba ni zadovoljena zaradi okoliščin in njenega odziva na te okoliščine?

Koliko svobodno se medicinska sestra počuti, toliko svobode pri izražanju potreb lahko dovoljuje b/v (vloga subjekta), še posebej tistih, ki so v hierarhiji po

A. Maslowu postavljene višje. Ali drugače rečeno: b/v lahko obravnava tako takrat, kadar tudi sama tako razmišlja in je to del njenega osebnega koncepta, ki je vgrajen v njeno poklicno ravnanje.

### **Dejavniki, ki vplivajo na odnos med medicinsko sestro, bolnikom/varovancem in drugimi**

Dejavniki, ki vplivajo na to, ali se medicinska sestra počuti subjekt, so:

- vzgoja in odnos med učiteljem in učencem v času študija;
- poklicna identiteta, samopodoba;
- način vodenja tima in organizacija v ustanovi;
- filozofija zdravstvene nege;
- varovanec ali bolnik.

### *Vzgoja in odnos med učiteljem in učencem v času študija*

Učiteljeva vloga ni le posredovanje teoretičnega in praktičnega znanja, ampak tudi vzgajanje. Pri tem je zelo pomemben odnos do študenta in nasploh dejanja, ki predstavljajo vsebino vzgoje. Poleg tega so pomembne metode in oblike poučevanja. Še posebej so pomembne tiste, ki študenta aktivirajo, da postane aktiven udeleženec pedagoškega procesa, ker vsposodbujajo kritično razmišljanje.

Študent mora imeti občutek varnosti, kar tudi sicer vpliva na uspešnost učenja.

Na ta način se oblikuje študentova pozitivna samopodoba, tako je lahko dovolj samozavesten in hkrati odgovoren ter usposobljen za delo v timu (oblikuje se ga za vlogo subjekta).

### *Poklicna samopodoba*

Samopodoba na splošno pomeni posameznikov odnos do samega sebe in celovito podobo o samem sebi. Je odraz tega, kako vidi samega sebe. Ne nanaša se izključno na telesni videz, ampak na celovito doživljanje sebe in na delovanje v življenjskem toku skozi različne življenjske vloge, tudi na delovanje v poklicni vlogi, v tem primeru v vlogi medicinske sestre. Pomembna so tudi pričakovanja v zvezi s poklicem (Sundeen in sod., 1989).

Poleg tega so za samopodobo pomembna sporočila, ki jih dobiva iz okolja, včasih celo usodno pomembna. Gre za soočanje z okoljem ali s tem, kaj o njej mislijo drugi, ki so zanjo pomembni. Ko so sporočila, ki prihajajo iz okolja, neskladna z njenimi pričakovanji, se lahko počuti manjvredno, nesprejeto in včasih celo odklonjeno. Velikokrat se hitreje odziva na negativna sporočila, medtem ko pozitivnih pogosto ne opazi več. Pozitivna sporočila vplivajo na boljše počutje in lahko pripomorejo k pozitivni samopodobi.

Poklicna samopodoba ima predvsem motivacijsko vrednost, zato vpliva na vedenje in poklicno ravnanje.

V zvezi s tem si medicinska sestra lahko zastavi vprašanja:

- kdo sem,
- kakšna so moja pričakovanja,
- kaj hočem,
- sem ponosna na svojo poklicno odločitev,
- sem zadovoljna s tem, kar sem (Fatzer, 1991).

Razmišljanje o tem, kdo je in kaj je, oblikuje njene odzive na vsakdanje dogajanje in je obenem osnova za razumevanje same sebe in drugih. Največja ovira za uspešnost ni pomanjkanje spretnosti in strokovnega znanja, ampak to, da se zdi uresničitev pričakovane izven dosega (vloga objekta). Zato je pomembno, da se zaveda svojih poklicnih sposobnosti in zupa v svoje sposobnosti.

Čimbolj pozitivna je poklicna samopodoba, tem lažje se medicinska sestra spopada z vsakodnevnimi poklicnimi težavami. Po morebitnem porazu si hitreje opomore in dela učinkovito.

Čimbolj pozitivna je njena poklicna samopodoba, bolj odprta je njena komunikacija z b/v in tudi s sodelavci. V obratnem primeru je njena komunikacija nejasna, izmikajoča se in neustrezna, predvsem zaradi lastne negotovosti in nezaupanja vase (Sundeen in sod., 1989).

Praviloma naj bi bila poklicna samopodoba odraz tega, kako medicinska sestra vidi samo sebe, in naj ne

ne bi bila odvisna pretežno od tega, kako gledajo nanjo drugi ali kakšna bi želela biti, pa ni.

Pomembno je vprašanje, kako okrepiti notranje vi-re moči pri medicinski sestri in kako razvijati pozitivno poklicno samopodobo. Čeprav se samopodoba spreminja zelo počasi, se vseeno splača delati na njenem preoblikovanju.

### *Način vodenja delovne skupine ali tima*

Način vodenja delovne skupine je pomemben dejavnik, ki vpliva na občutek, ali se človek počuti kot subjekt ali ne.

Organizacijska struktura v zdravstvu je večinoma rigidna in odporna proti sodobnim načinom vodenja. Način vodenja je največkrat avtokratski, struktura ustanove pa je strogo hierarhična. Medicinska sestra ima zaradi tega občutek, da sta njena svoboda in avtonomija okrnjeni in nadrejenih nikakor ne more sprejeti in vstaviti v svoj svet. Velikokrat občuti ozračje strahu, negotovosti in nezaupanja ter občutek močnega zunanega nadzora namesto samonadzora. Medicinska sestra, ki dela bolje, ni cenjena, ker kakovost dela ni prioriteta, čeprav se seveda o njej govori. Vodja često vodi tako, da skrbi za ohranitev položaja in vzdrževanje avtoritete. Pri takem načinu vodenja je potreba po moči pri podrejenih (izraz je v skladu s hierarhično strukturo) medicinskih sestrah zelo slabo zadovoljena (Wubbolding, 1998).

Kakovostna zdravstvena nega se odvija skozi terapevtski odnos med b/v in medicinsko sestro, kjer sta oba subjekta. Stritih, 1992 (cit. po Kačič, 2000) razume terapevtski ali zdravilen odnos kot tak, kjer dajemo enak pomen strokovni vlogi in »srečanju« na človeški ravni.

Ne glede na avtokratski način organizacije, ima medicinska sestra občutek avtonomije, saj se za terapevtski odnos zmeraj znova odloča sama. S tem postavlja temelj sodelovanja.

Sodobni načini organizacije dajejo občutek avtonomije in svobode pri odločitvah, obenem pa potegnejo za seboj tudi več individualne odgovornosti

Primernejši način vodenja je vsekakor demokratiški, ki vključuje vse člane negovalnega tima po njihovih sposobnostih. Člani tima sodelujejo pri postavitvi ciljev, načrtovanju in pri vrednotenju. Cilji morajo biti skupni in si za dosego njih vsakdo prizadeva. Tak način vodenja daje vsakemu članu tima možnost, da je aktiven, osebna odgovornost se pa poveča, saj se jo prenese od vodje na člane tima. Vodja je koordinator (Wubbolding, 1998).

### *Filozofija zdravstvene nege*

Zdravstvena nega temelji na humanistični znanosti, zato mora vključevati načelo spoštovanja osebnosti. To pomeni moralno odgovornost medicinske sestre, da se potrjuje in podpira avtonomijo b/v.

Vsak b/v ima pravico biti v vlogi subjekta, ki ima pravico odkloniti neakovostno zdravstveno nego, saj ima pravico odločati o sebi v okviru svojih sposobnosti. Samo v primerih, kadar je b/v zaradi motenega stanja zavesti ali popolne izčrpanosti odvisen od tuje pomoči, lahko medicinska sestra o tem, kaj je dobro zanj, odloča namesto njega in ne skupaj z njim (Henderson, cit. v Osnovna načela zdravstvene nege, 1997).

Bolnikove/varovančeve pravice je potrebno spoštovati in upoštevati etični kodeks. Patersonova in Zderadova (1976 cit. George, 1990) sta na osnovi dolgoletnih izkušenj v klinični zdravstveni negi, raziskovanja in sodelovanja s sodelavci ter na osnovi humanistične filozofije zapisali, da je b/v posameznik (bitje), ki:

- ki ima zavest in samozavest;
- je svoboden in išče svojo identiteto, medtem ko je v odnosu z drugimi ljudmi;
- išče smisel za svoje življenje in za svoje zdravje.

### *Bolnik/varovanec*

Vsaka telesna bolezen ima tudi psihični ekvivalent, saj povzroča spremembe pri b/v kot subjektu. V procesu zdravstvene nege naj medicinska sestra ničesar takega ne naredi, kar zmore in sme narediti b/v sam. Zdravljenje je lahko hitrejše in učinkovitejše, njegovo počutje je pa bistveno boljše, če pri aktivnostih zdravstvene nege sodeluje po svojih sposobnostih. Neupoštevanje b/v kot subjekta in njegovih sposobnosti za sodelovanje pogosto povzroča streso, ki osnovno bolezen poslabšajo.

Zelo pomemben je prvi stik z njim, ker je na začetku običajno zaskrbljen. Skrbi ga, kakšen bo potek bolezni in kakšne so možnosti za ozdravitev. Skrbi ga tudi, ali bo odnos do njega na sprejemljivi ravni (psihično, socialno).

Pomembno je, kakšen odnos je z njim medicinska sestra vzpostavila. V tem odnosu je lahko kot subjekt z objektom ali subjekt s subjektom. Obe vrsti sta prvinski za človeško vrsto, vendar so med njima kakovostne razlike.

Za odnos subjekt–objekt je poleg drugega značilno, da ne dopušča odločanja o samem sebi. K tej vrsti odnosa spada tudi etiketiranje – dajanje nalepke in manipuliranje.

Odnos na relaciji subjekt–subjekt se dogaja, ko sta obe osebi odprti druga do druge, se odzivata druga na drugo in dopuščata svobodno izbiro in odločanje (Paterson, Zderad, 1976, cit. George, 1990).

Medicinska sestra mora biti z aktivnostmi zdravstvene nege osredotočena na b/v (on je središčna točka) in mora dopuščati dialog med njim in med seboj (dvosmerna komunikacija). Takšna usmeritev mu dopušča aktivno vlogo – vlogo subjekta. Zelo pomembno je, da ga sprejema brezpogojno. To je sposobnost poslušanja in razumevanja tega, kar je b/v povedal in kar čuti (Watson, 1988, cit. George, 1990).

B/v, ki je izključen in nima priložnosti, da je aktiven in da po svojih sposobnostih odloča o sebi, je v vlogi objekta ali številke, kot tej vlogi pravi laična javnost. To namreč pomeni, da ni dovolj, da se pri njem zadovoljujejo le potrebe po fizičnem preživetju, ampak tudi psiho-socialne.

Psihična podpora, ki je b/v potrebna, je pomembna sestavina sodobne celostne zdravstvene nege.

Pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege je tudi zelo pomemben vrednostni sistem ali vrednote, ki jih ima medicinska sestra za prednostne. Poleg njenege je pomemben tudi vrednostni sistem b/v. Vrednote »barvajo« odnos in vplivajo na način razmišljanja o zdravju in bolezni, o človeku in njegovi biti.

Problem zdravja postavi b/v v podrejeni položaj v odnosu z medicinsko sestro. To so seveda le njegovi občutki, ki jih lahko opiše, da:

- je on bolan, medicinska sestra pa zdrava;
- nima zadovoljenih potreb, medicinska sestra mu pomaga in je od nje odvisen;
- občuti socialno izolacijo, saj je njegov osebni prostor zelo zmanjšan, okrnjeni so tudi stiki s svojci in drugimi; medicinska sestra pa je v timu in v krogu svojcev;
- je odvisen od pomoči medicinske sestre;
- pretežno leži, medicinska sestra stoji pred njim (Sundeen, 1998).

Potrebuje na primer pomoč pri izvrševanju osebne higiene, pri čemer mu pomaga medicinska sestra, ki je tuja oseba. Problem z osebno higieno pa ni le nezadovoljena osnovna potreba, ampak vključuje tudi psihični in socialni vidik.

### **Pomoč in podpora medicinski sestri**

Odnos z b/v in s sodelavci je sicer zelo zapleten. Poleg odnosa vpliva na počutje medicinske sestre tudi medicinska znanost, ki se razvija zelo hitro in vsporedno z njo tudi zdravstvena nega. Ta hitri razvoj prinaša nove težave medicinski sestri, ki vplivajo na njeno počutje. Te so:

- bojazen v zvezi z dajanjem zdravil;
- bojazen pred tehnologijo in neugoden vpliv tehnologije na počutje;
- neprestana napetost v enotah intenzivne nege;
- nove etične dileme v zvezi z oživiljanjem, transplantacijo, splavom, evtanazijo... in njihov vpliv na zdravstveno nego;
- zahteve po dokumentiranju zdravstvene nege;
- zahteve po zaščiti podatkov o b/v;
- pomanjkanje osebja in kljub temu zahteve po višji kvaliteti dela;
- nova znanja v zdravstveni negi in zahteve po spremembi razmišljanja;
- Projekt WHO (World Health Organisation) za tretje tisočletje, ki vključuje nove načine dela in uče-

nja, predvsem pa sodoben način vodenja in medsebojnega sodelovanja med sodelavci. Potrebna je optimalna sposobnost komuniciranja;

- potreba po formalnem izobraževanju in stalnem izpopolnjevanju;
- delovni čas in vloge medicinske sestre izven službe.

Vse to lahko povzroča čustveni pritisk in občutek preobremenjenosti. Proti temu pritisku pa mora biti odporna, ker lahko povzroči sindrom izgorevanja. Pomembno je, da se nauči, kako se proti temu zavaruje. Tega se lahko nauči v supervizijski skupini, kjer:

- se lahko pogovori o temah, ki so zanjo pomembne;
- se seznanjajo s tem, kako razmišljajo njene sodelavke;
- povečuje znanje o odnosih;
- je priložnost, da je maksimalno aktivna.

Z refleksijo ali analizo pretekle izkušnje se v skupini uči o svojem delu in odnosih. Pomembno je, da ima skupina svoj cilj. Ta naj bi bil, da medicinska sestra sprejme odgovornost za svoje ravnanje in, da je sposobna samokontrole. Na negativne vplive, ki prihajajo iz njenega okolja, se ne bo odzivala. Kontrola vedenja je rezultat razmišljanja in vaje (subjekt).

Če pa na delovnem mestu prevzame vlogo objekta, deluje brez samokontrole in ima občutek, da je programirana. Krivdo pripisuje drugim in s tem so tudi vsi uspehi pripisani drugim, njej ne ostane ničesar.

## Sklep

Uspeh sodelovanja med b/v in medicinsko sestro se lahko kaže kot prehod iz vloge objekta v vlogo subjekta ali iz pasivne vloge v aktivno ali iz odvisne v

neodvisno vlogo. Vse to je sicer tudi odvisno od spreminjanja b/v stanja zdravja oziroma bolezni. Kako bo medicinska sestra vse to pri b/v dosegla, je odvisno od njenega strokovnega znanja in uporabe tega v praksi zdravstvene nege pri konkretnem b/v, pri sebi pa tako, da bo neprenehoma skrbela za svojo poklicno in osebnostno rast. Za vse to pa je potrebna močna notranja motivacija.

## Literatura

1. Butterworth T, Faugier. Clinical supervision. London: Chapman & Hall, 1992.
2. Fatzer G. Supervision und beratung. Koln: Humanistische Psychologie, 1991.
3. George JL. The base for professional nursing practice. New Jersey: Prentice Hall, 1990.
4. Glasser W. Take effective control of your life. New York: Harper & Row, 1984.
5. Hanekamp H. Ethical education through supervision. International journal of Theory and Research in Education, 1994; 121–59.
6. Hawkins P, Shoet R. Supervision in the helping profession. Bristol: Open university press, 1992.
7. Kačič M. Komunikacija, ravnanje, svetovanje v interakciji s slepimi in slabovidnimi. Socialno delo 2000; 39: 421–33.
8. Kobolt A, Žorga S. Supervizija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, 1994.
9. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: 1994.
10. Mackay L. Conflicts in care. London: Chapman & Hall, 1992.
11. Skoberne M. Supervizija v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2001; 35: 241–5.
12. Sunden EA. Nurse – client interaction. Washington: The C. V. Mosby Co., 1998.
13. Tancig S. Reflection on reflective learning. The school field: International journal of Theory and Research in Education 1994; 5: 93–106.
14. Osnovna načela zdravstvene nege. Virginia Henderson. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1997.
15. Willes J, Bondi J. Supervision. New Jersey: Merrill, 1996.
16. Wubbolding R. Kako uspešno voditi ljude. Zagreb: Alinea, 1998.